

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 345

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1891, à 1 heure

Par GONTRAN BONVOISIN

Né à Lassy (Calvados).

ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET HISTOLOGIQUE
SUR UNE VARIÉTÉ
D'ÉPITHÉLIOMA DE L'OMBILIC

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARC SÉE, professeur.
 { JALAGUIER, POIRIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

335

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1891, à 1 heure

Par GONTRAN BONVOISIN

Né à Lassy (Calvados).

ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET HISTOLOGIQUE
SUR UNE VARIÉTÉ
D'ÉPITHÉLIOMA DE L'OMBILIC

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARC SÉE, professeur.
 { JALAGUIER, POIRIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	REGNAULD.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

Memini vivorum nec possum oblivisci mortuos.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET TRÈS HONORÉ MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAX

Professeur de médecine opératoire à la Faculté
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUCQUOY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENDU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET HISTOLOGIQUE
SUR UNE VARIÉTÉ
D'ÉPITHÉLIOMA DE L'OMBILIC

INTRODUCTION

L'étude clinique des épithéliomas de l'ombilic a été faite dans quelques monographies et dans un petit nombre de travaux d'ensemble, mais dans la plupart de ces compositions, on a relégué au second plan, sinon complètement négligé, la pathogénie et l'histologie de ces tumeurs. L'idée d'étudier à ce dernier et double point de vue une variété de ces néoplasmes nous a été suggérée par notre éminent maître, M. le professeur Tillaux, à qui revient l'honneur d'avoir, le premier, dans une de ces remarquables cliniques dont il possède le secret (*Annales de Gynécologie*, 1887) appelé l'attention sur l'analogie que certains épithéliomas ombilicaux présentent, au point de vue de leur genèse, avec les tumeurs désignées par O. Küstner (1) sous le nom d'adénomes et auxquelles convien-

1. In *Archiv. de Virchow*, t. LXIX, 1877.

draît mieux la dénomination de tumeurs adénoïdes diverticulaires (Lannelongue) qui a l'avantage de rappeler leur origine embryologique.

Montrer que l'épithélioma de l'ombilic présente parfois une constitution histologique qui rappelle par quelques points certains éléments de l'intestin, rechercher dans une anomalie de l'évolution embryogénique l'interprétation rationnelle de cette structure spéciale et imprévue, en rattacher les causes à la persistance d'un vestige des canaux embryonnaires, tel est le but que nous nous sommes proposé.

Les observations d'épithéliomas de l'ombilic, surtout d'épithéliomas primitifs, publiées jusqu'ici, se comptent et encore, dans la plupart de ces observations, nous le répétons, un examen microscopique complet n'a pas été entrepris; c'est dire que nous n'avons pu faire rentrer ces observations dans notre travail; quelques-unes peut-être, nous ne croyons pas être téméraire en le supposant, auraient offert des points de similitude avec les nôtres si on eût analysé leur structure intime avec tout le soin désirable; quoi qu'il en soit, nous n'avons trouvé aucun document précis qui permît d'opérer ce rapprochement.

Nous avons dû nous borner à deux observations dans lesquelles l'examen histologique a été fait au Laboratoire et sous la direction de M. le professeur Cornil, dont la haute compétence en la matière fournit à notre travail un précieux et puissant appoint; nous pouvons donc déclarer par avance que celles de nos déductions qui ont trait à

l'histologie reposent sur un fondement dont la solidité ne sera pas contestée.

Parmi les épithéliomas de l'ombilic, quelques-uns n'empruntent à ce siège aucun caractère spécial, leur structure banale n'appelle aucune remarque ; tels sont les épithéliomas propagés de l'intestin, de l'épiploon ou du péritoine (Neveu, Th. Paris, 1890), tel est aussi l'épithélioma primitif, mais développé au dépens du revêtement cutané de la cicatrice ombilicale (Demarquay), et donnant naissance à un épithélioma pavimenteux ; ces variétés ne devront pas fixer notre attention. D'autre part, les épithéliomas de l'ombilic qui sont d'une fréquence relative, comparés aux autres néoplasmes, sont rares cependant ; aussi notre littérature médicale est assez pauvre, ainsi que nous l'avons dit, en observations de cette nature.

La réunion de ces différents motifs explique pourquoi, sur un sujet en somme aussi spécial et aussi restreint que celui qui fait l'objet de cette étude, nous n'avons pu rassembler un plus grand nombre d'observations.

Nous avons éliminé de notre sujet et le côté clinique et le côté thérapeutique quel que soit l'intérêt qu'ils présentent ; nous avons toutefois, dans le cours des deux observations, relaté, sans insister, ce qui méritait mention à ces deux points de vue.

Nous n'avons pas le dessein de présenter une description anatomique de l'ombilic ; cette description qui pourrait dépasser les limites que nous nous sommes imposées a été, du reste, si magistralement tracée dans nos traités

classiques d'anatomie topographique (Richet, Tillaux) qu'il serait absolument sans intérêt d'y revenir à nouveau.

Voici quel sera le plan de ce travail.

Après un rapide historique de l'épithélioma de l'ombilic, nous rappellerons quelques notions embryologiques sur le développement des parois abdominales, de l'ombilic et de l'intestin, notions qui sont nécessaires pour la compréhension de la théorie à établir ; puis nous exposerons successivement la pathogénie et l'histologie des tumeurs en question. Les observations sur lesquelles ce travail s'appuie viendront ensuite et seront suivies elles-mêmes des conclusions que cette étude nous aura semblé comporter.

Nous n'avons nullement la prétention de composer une œuvre originale ou neuve ; le point que nous voulons exposer a été excellemment mis en lumière une première fois dans le travail de notre Maître que nous aurons maintes fois l'occasion de citer au cours de cette étude. Pas plus, nous n'avons la prétention d'être complet ; nous avons disposé d'un trop petit nombre de matériaux pour qu'il nous soit permis de poser des conclusions tranchées, définitives ; il nous est arrivé de nous heurter à plus d'une question délicate, nous avons cru prudent alors de nous renfermer dans une certaine réserve qui nous était commandée et par notre inexpérience et par la difficulté inhérente au sujet lui-même.

En étudiant les tumeurs de l'ombilic, nous avons été même, plus d'une fois, d'apprécier l'entière justesse de

cette remarque de MM. Lannelongue et Frémont (1) :
« L'examen histologique de ces tumeurs trop souvent
négligé est le plus souvent nécessaire pour en faire con-
naître la nature toute particulière... »

Nous nous estimerons trop heureux d'avoir contribué
dans la mesure de nos forces à combler ce *desideratum*.

Que M. le professeur Tillaux daigne agréer ici l'hom-
mage de notre respectueuse reconnaissance et qu'il veuille
nous permettre de lui adresser nos plus vifs remercie-
ment pour l'honneur insigne qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

1. *Arch. gén. de méd.*, 1884.

HISTORIQUE.

Certaines parties de l'histoire de l'épithélioma de l'ombilic, étant donné le cadre limité dans lequel nous avons l'intention de nous renfermer, ne touchent à notre sujet que d'une façon accessoire ; nous glisserons donc très rapidement sur ces points d'importance secondaire qui pourraient presque, à première vue, paraître un hors-d'œuvre et que nous avons cru cependant devoir rappeler pour préciser l'état actuel de la question et mieux mettre en relief le point de départ de ce travail.

Il ne nous semble guère intéressant de faire, comme quelques auteurs, remonter cette étude dans l'antiquité jusqu'à Celse ; on ne trouve, en effet, dans le « *De re medica* », au livre VII, que des notions courtes, vulgaires et absolument dénuées de valeur, sur le cancer de l'ombilic.

Plus près de nous, le cas de Fabrice de Hilden est douteux ; on continue par tradition, par habitude, de le ranger parmi les cancers, sans trop savoir, en réalité, comme le fait observer M. Villar, de quelle néoplasie il s'agit.

Nous manquons également de détails sur l'observation de Civadier (1756) (Vid. *Journ. de méd. et de chir. de*

Bruxelles, t. IV, p. 374); la mention par trop concise qui en est faite nous apprend cependant qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse.

1827. — P. Bérard, auteur de l'art. *Ombilic* du *Dict. de méd. en 30 volumes*, fait observer que, sous le nom de sarcomphales, on a confondu de simples tumeurs graisseuses et de véritables cancers. Nous retenons les remarques suivantes : « Il est vraisemblable que si le cancer s'observe plutôt à l'ombilic que dans le reste de la paroi abdominale, c'est que la partie où le cordon était attaché, offre des conditions de structure toutes spéciales et qui ne se rencontrent en aucun autre point de la paroi abdominale » Cf. Waldeyer (Volkman, *Sammlung, Klin vorträge*, 33, chr., p. 163).

1849. — Mentionnons un chapitre du *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer.

1857. — Nélaton (*Pathol. chir.*), comme ses prédécesseurs, englobe au hasard sous le terme générique de « cancer » toutes les tumeurs malignes de l'ombilic. Cependant « la sagacité de cet observateur éminent fit avancer d'un pas l'étude de ces tumeurs, car le premier il découvrit que le cancer ne se bornait pas seulement à la cicatrice ombilicale, mais encore que le pédicule se prolongeait dans l'anneau et que, arrivé à la face interne de la paroi abdominale, il s'épanouissait en dedans, envahissant le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine. Nélaton comparait ingénieusement les masses cancéreu-

ses à un « bouton de chemise » dont la partie étranglée correspondrait à l'anneau ombilical » Neveu (1).

Dans tous les travaux que nous venons de passer en revue on se borne à la dénomination vague de cancer ou tumeur cancéreuse ; l'anatomie pathologique ne s'accommodait pas alors de la même précision qu'aujourd'hui ; dans les observations qu'il nous reste à citer, au contraire, les auteurs spécifieront plus exactement la nature histologique de la tumeur ; désormais nous allons donc pouvoir négliger tout ce qui n'aura pas rapport exclusivement à l'épithélioma.

Le cas de Hue et Jacquin (1867), ayant trait à un carcinome colloïde, est, de ce fait, hors de cause.

1870. — Demarquay communique trois autres cas à la Société de chirurgie ; seul le premier est relatif à un épithélioma, les deux autres se rapportent au carcinome.

En 1874, — Ernst Küster (*In Archiv. für Klin. chir.*) consacre un mémoire aux tumeurs de l'ombilic. « Outre les observations précédentes, il rapporte un cas inédit observé par Wilms, mais oublie de signaler les observations de Demarquay ». Villar.

1876. — M. Blum (*In Arch. gén. de méd.*) fait paraître un travail d'ensemble où sont réunis, discutés et complétés les documents antérieurs.

1878. — M. le Professeur Duplay (*Pathol. ext.*) ajoute encore à nos connaissances médicales sur ces néoplasmes.

1. Th. Paris, 1890, n. 50.

1881. — M. Nicaise rédige le savant article *Ombilic du Dict. Encyclop. des Sc. Méd.*

1883. — M. Desprès. — Communication à la Société de chirurgie d'une observation d'épithélioma primitif de l'ombilic.

La même année, Codet de Boisse esquisse dans sa thèse inaugurale une étude sur les tumeurs de l'ombilic chez l'adulte.

En 1886, M. Villar (*Des tumeurs de l'ombilic*, th. Paris), condense en une très remarquable étude tous les travaux de ses devanciers, auxquels il ajoute lui-même nombre d'observations et de documents inédits. On y trouve relatées notamment les observations du regretté professeur Damaschino.

Depuis cette époque, M. Villar ne s'est pas désintéressé de la question à laquelle il s'était voué avec tant de succès dans sa thèse inaugurale et nous lui devons quelques recherches ultérieures sur le même sujet.

Nous avons hâte d'arriver au travail important qui devait marquer une étape dans l'histoire de ces tumeurs en ajoutant aux variétés d'épithéliomas antérieurement connues une nouvelle forme très curieuse à cause des questions pathogéniques que son origine soulève.

En 1887, M. Tillaux publia dans les *Annales de Gynécologie* une leçon qu'il avait faite à l'Hôtel-Dieu et dans laquelle il avait émis un aperçu nouveau sur un cas d'épithélioma de l'ombilic qu'il venait d'observer et dont il rapprochait le développement de celui des adénomes ou

tumeurs diverticulaires; il exposait sa façon personnelle de comprendre l'histogénie de ce néoplasme et rappelait les notions d'embryologie qui justifient cette interprétation; c'est précisément cette variété que nous avons entrepris de décrire dans ce travail et, comme nous insérons plus loin la plus grande partie de cette observation, tout commentaire serait ici superflu.

Depuis cette époque, nous citerons seulement pour mémoire une observation d'épithélioma primitif de l'ombilic, découverte d'autopsie, due à M. Déjerine (*Bull. soc. anat.*, 1888); un nouveau travail de M. Villar, paru en 1890 dans la *Gazette des Hôpitaux*, et qui, outre un résumé de la thèse de l'auteur, renferme les faits nouveaux observés depuis 1886; les recherches de MM. Heurtaux, Attimont et Neveu, de Nantes (Th. Paris, 1890, n° 50); nous n'insistons pas, car ces auteurs n'étudient pas la question à notre point de vue personnel.

Enfin, tout récemment, il nous a été donné d'observer dans le service de M. le professeur Tillaux, à l'Hôtel-Dieu, un nouveau cas d'épithélioma de l'ombilic qui nous a semblé présenter des points de concordance avec l'observation publiée en 1887 dans les *Annales de Gynécologie*, et dont nous avons cru intéressant et rationnel de le rapprocher.

Il ne saurait entrer dans le cadre de ce travail de remonter à l'origine des phénomènes ovulaires qui précèdent et préparent la formation de la cavité blastodermique; nous ferons partir notre entrée en matière de l'époque où cette dernière est constituée; tout ce qui est antérieur sera supposé établi.

A une certaine période du développement embryonnaire, la vésicule blastodermique formée, comme l'on sait, par les trois feuillets (externe, moyen et interne) subit, au niveau du feuillet moyen, une sorte de dédoublement ou clivage. A la suite de ce dédoublement, le mésoderme est divisé en deux lames; la première (lame musculo-cutanée), s'accole à l'ectoderme; la deuxième (lame fibro-intestinale) s'accole à l'endoderme. La lame musculo-cutanée réunie au feuillet externe forme la somatopleure, la lame fibro-intestinale réunie au feuillet interne forme la splanchnopleure. Et, pour en finir avec cette terminologie un peu aride, le nom de coelome a été attribué à la cavité virtuelle qui sépare la somatopleure de la splanchnopleure.

Originellement la vésicule blastodermique est sphéroïdale; elle laisse apercevoir en un point de sa surface une

légère opacité (tache embryonnaire). A mesure que l'épaississement qui doit former le corps de l'embryon progresse, la région circulaire par laquelle il fait partie de la vésicule blastodermique se rétrécit graduellement; les parties périphériques de l'aire embryonnaire s'incurvent en dedans vers le côté ventral de l'embryon; celui-ci, ainsi replié, rappelle assez bien l'aspect d'une nacelle, suivant la comparaison classique; la concavité de la nacelle regarde le centre de l'œuf. Le feuillet interne du blastoderme se trouve alors divisé en deux parties: une partie intra-embryonnaire qui tapisse la concavité de l'embryon, c'est la gouttière intestinale; et une partie extra-embryonnaire formée par le reste de ce feuillet interne, c'est la vésicule ombilicale. D'abord la future cavité intestinale et la vésicule ombilicale communiquent à plein orifice, mais bientôt une ligne de démarcation qui s'accuse de plus en plus se dessine, l'orifice se rétrécit et son rétrécissement est précisément mesuré par le développement des parois ventrales; le pédicule vitellin s'allonge et s'effile en même temps qu'il se resserre et est bientôt réduit à une simple canalicule qui fait communiquer l'intestin avec la vésicule ombilicale; c'est le conduit vitello-intestinal ou omphalo-mésentérique dont les débris joueront un si grand rôle dans la pathogénie de quelques néoplasmes de l'ombilic. Ce conduit s'oblitére plus tard par les progrès du développement et la cavité intestinale est alors complètement close.

L'intestin primitif, comme il ressort de ce qui précède,

se développe aux dépens de la splanchnopleure; il représente en somme la portion intra-embryonnaire de l'endoderme et du feuillet fibro-intestinal de Remak qui en tapisse la face externe. Il naît au devant de la ligne médiane et de cette partie qui s'appellera plus tard le rachis; primitivement, c'est une simple gouttière dont les bords tendent à converger l'un vers l'autre, à se réunir à mesure que le pédicule de la vésicule ombilicale se rétrécit. Puis, la gouttière se ferme, l'intestin figure alors un tube cylindrique et d'abord régulièrement calibré. Les embryologistes l'ont divisé assez arbitrairement en intestin oral, intestin moyen et intestin caudal. Du premier et du troisième segments nous ne dirons rien, car ils n'ont pas trait à notre sujet; c'est sur l'évolution du seul intestin moyen qui s'étend de l'œsophage au cloaque que va se concentrer notre attention parce que cette partie du tube digestif contractera avec l'ombilic des rapports qu'il nous importe de connaître.

L'intestin moyen d'abord appliqué contre le rachis s'en écarte peu à peu, s'allonge, se coude et constitue une anse rattachée au rachis par le mésentère. Du sommet de l'anse part le conduit vitellin « lequel s'abouche avec l'intestin sur son bord antérieur au point le plus élevé de l'anse iléo-cœcale et non au cœcum, comme le pensait Oken. Le point d'abouchement a reçu le nom d'ombilic intestinal (Baer) par opposition à l'ombilic cutané qui embrasse le pédicule de la vésicule ombilicale et celui de l'allantoïde et d'où part la gaine amnio-

tique ». Cazin (*cit. alias*). Bientôt les deux branches de l'anse intestinale s'accolent et s'immiscent dans le cordon où elles demeurent jusqu'à la fin du troisième mois. Pendant que l'anse est encore incluse dans le cordon, la branche postérieure présente à peu de distance du sommet un léger renflement; c'est la première trace du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal, Demon (th, agrégat., Paris, 1883). Vers la septième semaine environ, les deux branches de l'anse subissent un déplacement « grâce auquel la branche postérieure se porte en avant et à droite de l'antérieure; en même temps les circonvolutions de l'anse antérieure et du sommet commencent à se former et, dès la huitième semaine, on trouve dans le cordon un petit peloton de circonvolutions intestinales », Beaunis et Bouchard (*Anat. descript.*)

A la fin du troisième mois de la vie intra-utérine, le resserrement progressif de l'anneau ombilical provoque la rentrée dans l'abdomen de tout le paquet intestinal qui faisait hernie dans le cordon.

Il ne paraîtra pas hors de propos de mentionner brièvement la formation de l'allantoïde à cause des rapports de juxtaposition que le canal allantoïdien et le conduit omphalo-mésentérique affectent l'un avec l'autre au niveau de l'ombilic, à cause aussi du rôle qu'une théorie erronée (O. Küstner) avait fait jouer un moment à l'allantoïde dans la pathogénie de certaines tumeurs de l'ombilic. La vésicule allantoïde dont l'origine a été fort controversée naîtrait par « un bourgeon creux de la

partie inférieure du tube intestinal » M. Duval (*Rev. des sc. nat.*, 1877).

D'abord contenue dans la concavité de l'embryon, cette vésicule s'agrandit peu à peu et devient extra-embryonnaire dans la plus grande partie de son étendue. La partie intra-embryonnaire constituera ultérieurement l'épithélium vésical; la partie extra-embryonnaire est l'allantoïde proprement dite; ces deux cavités sont réunies par un canal intermédiaire d'abord large, puis plus étroit, canal allantoïdien, qui émerge de l'ombilic à côté du conduit vitello-intestinal.

Les parois abdominales dont il nous reste à étudier le développement sont formées par les somatopleures constituées elles-mêmes par le feuillet externe du blastoderme et la lame musculo-cutanée, dédoublement du feuillet moyen: ce sont ces parois abdominales primitives que l'on a désignées sous le nom de membrane de Rathke. Le feuillet externe forme l'épiderme, la lame musculo-cutanée forme l'épithélium du péritoine pariétal, les tissus compris entre l'épiderme cutané et la portion fibreuse du péritoine pariétal (derme, muscles, aponévroses, tissu connectif, vaisseaux) proviennent du prolongement somatopleural de la masse protovertébrale (Shenck).

Les bords des lames ventrales poursuivant leur marche convergente l'un vers l'autre arrivent au contact, se soudent et ferment en avant la paroi abdominale; la ligne blanche représente la ligne de suture des deux lèvres; mais cette coalescence qui s'opère vers le troisième mois

n'est pas complète dans toute son étendue ; au centre une ouverture reste perméable, c'est l'orifice ombilical destiné à livrer passage aux éléments du cordon.

Cette évolution nous montre en somme que, à l'origine, l'intestin n'est pas encore emprisonné dans la cavité abdominale ; si aucun arrêt ne vient entraver le processus normal, il rentre peu à peu dans ce domicile définitif et sa « dernière étape d'évolution » (Tillaux) est au niveau de la cicatrice ombilicale où l'on rencontre quelquefois à la naissance une anse plus ou moins volumineuse d'intestin faisant partie du cordon.

III

PATHOGÉNIE DES « TUMEURS DIVERTICULAIRES. »

Les notions d'embryologie que nous venons de rappeler permettent de se représenter facilement la très intéressante genèse de certaines anomalies de développement ; nulle région peut-être, plus que l'ombilic, ne nécessite un fréquent ressouvenir de ces données.

« Grande, dit M. Villar, (1) fut la surprise des premiers observateurs lorsqu'ils découvrirent dans ces tumeurs (de l'ombilic) et des glandes en tube et des fibres musculaires lisses. Comment expliquer la présence si inattendue de ces éléments ? » Les lumières de l'embryologie sont venues éclairer d'un jour nouveau cette question, comme tant d'autres du même ordre.

Sur un embryon de 30 à 35 jours, la vésicule ombilicale est parvenue à l'apogée de son développement, le rôle physiologique qui lui est dévolu dans la nutrition du fœtus touche alors à sa fin ; par contre l'allantoïde commence à prendre de l'accroissement, à entrer en ligne de compte. Peu à peu le corps de la vésicule ombilicale s'atrophie ; vers le quatrième ou cinquième mois, elle ne mesure plus guère que 0 m. 006 à 0 m. 01 et se présente sous les appa-

1. *Loc. cit.*

rences d'une petite poche ridée, jaunâtre qui reste « accolée et comme perdue sous l'amnios dans le voisinage de l'insertion du cordon » (Sappey) ; à la fin de la grossesse, réduite à l'état de vestige, elle n'a plus que 0 m. 004 à 0 m. 005 ; son pédicule déjà complètement oblitéré vers le trente-cinquième ou quarantième jour, d'après Coste, participe à cette atrophie. Dès lors, toute connexion cesse entre la vésicule ombilicale et l'intestin qui bientôt ne garde aucune trace de l'insertion du conduit vitello-intestinal.

Mais ce processus souffre des exceptions ; on note parfois des anomalies ou des temps d'arrêt dans cette évolution et c'est dans ces anomalies que doit être recherchée la clef des particularités structurales de certaines tumeurs de l'ombilic.

Ainsi la fermeture du tube intestinal au niveau de l'ombilic est quelquefois incomplète ; on assiste alors à la création de ce que l'on appelle un diverticule intestinal ; il y a, comme l'on voit, persistance de communication de l'intestin avec le conduit omphalo-mésentérique ; les cas de ce genre ne sont pas précisément une rareté puisque M. Cazin en a pu rassembler un nombre assez élevé dans son excellente thèse inaugurale (1) qui est spécialement consacrée à l'étude des diverticules de l'intestin.

Dans cet intéressant travail, M. Cazin commence par

1. *Étude anat. et pathol. sur les divert. de l'intest.*, Th. Paris, 1862.

établir un départ entre ces diverticules ; il en reconnaît deux sortes : « Au lieu, dit-il, de se séparer de l'intestin, le ductus vitello-intestinal accompagné des vaisseaux omphalo-mésentériques persiste et un canal s'étend de l'iléon à la face antérieure de l'abdomen ; dans d'autres cas, cette connexion n'a pas lieu, l'anse iléo-cœcale rentre dans la cavité abdominale et entraîne avec elle une portion du conduit de la vésicule qui flotte librement dans l'abdomen. Dans le premier cas, on est en présence d'un diverticule que nous appellerons iléo-ombilical, dans le second cas, c'est le diverticule intestinal ou diverticule proprement dit. » L'auteur s'attache particulièrement à décrire cette seconde variété dont l'étude avait été déjà ébauchée par Meckel (*Anatomie*, t. III) ; pour nous, la première variété, c'est-à-dire le diverticule intestino-ombilical, présente un intérêt majeur. « Le conduit vitello-intestinal a été déchiré et séparé de la vésicule ombilicale ; le bout en connexion avec l'intestin ne s'est pas oblitéré et a contracté des adhérences avec les parois de l'ouverture abdominale. »

Nous emprunterons à la thèse de M. Cazin quelques exemples qui nous ont paru plus particulièrement frappants.

Prestat (1) étudiant sur un fœtus masculin à terme un point d'anatomie découvre un conduit faisant communiquer l'ombilic avec le canal intestinal... il n'y avait pas

1. *Bull. Soc. Anat.*, 1839.

en ce point d'apparence de passage des matières fécales ; les intestins semblaient sains.

Tiedmann (1) rapporte le fait suivant remarquable par la persistance à la fois de la vésicule ombilicale et du canal omphalo-mésentérique : « un fœtus à terme présentait un canal bien distinct étendu de l'iléon à l'ombilic où il se terminait en une large vésicule sur laquelle se ramifiaient les vaisseaux omphalo-mésentériques situés parallèlement au canal. »

Broadbens, King, Jacoby, etc., ont noté des faits de fistules ombilicales en communication avec la cavité intestinale et qui étaient le résultat d'anomalies d'un ordre analogue ; Ahlfeld et Zini cités dans la thèse de M. Villar ont observé des cas de persistance du conduit omphalo-mésentérique.

Francis (in thèse Cazin) a observé chez un homme qui était mort d'entérite un diverticule iléo-ombilical si adhérent qu'on ne pouvait se refuser à croire qu'il existait depuis la naissance.

M. Nicaise (in Lannelongue et Frémont) cite également une persistance anormale du conduit vitello-intestinal : dans une hernie ombilicale ordinaire, l'intestin présente un diverticulum ampullaire au niveau duquel la couche musculaire est épaissie ; en même temps il existe une perforation au sommet du diverticulum ampullaire. Cette hernie de l'anse intestino-vitelline est placée à la base du

1. *Anat. der Kopf. missgeb.*, t. IV, p. 226.

cordon et absolument irréductible par suite d'adhérences. Ces adhérences avaient amené des modifications dans la structure des parois et la disposition des faisceaux musculaires de l'intestin.

Mais l'intestin n'est pas toujours hernié ; parfois le diverticule existe seul dans la base du cordon et forme une saillie peu considérable ; partant, la lésion pourra passer inaperçue. « Si une ligature intempestive, dit M. le professeur Tillaux, est portée sur le cordon dans ces conditions et que le diverticule ait été compris dans la ligature, on n'observera aucun accident immédiat attendu que la continuité du calibre de l'intestin sera conservée, mais il se fera après la chute du cordon une petite tumeur constituée par ce diverticule ; c'est précisément cette tumeur qui a été désignée sous le nom d'adénome ». N'est-ce pas la justification de la dénomination « tumeur adénoïde diverticulaire » proposée et adoptée par MM. Lannelongue et Frémont ?

Cette pathogénie a été entrevue pour la première fois par Kolaczek (1). « Dans un travail ultérieur à celui de Kolaczek, O. Küstner (2) pensait que l'origine des adénomes était dans l'allantoïde. Mais, peu de temps après, il rejette cette opinion ; en effet, les restes de l'allantoïde extra-fœtale chez l'enfant à terme ne contiennent pas d'épithélium et encore moins de glandes » Villar, *loc. cit.*

1. In *Arch. f. klin. chir.*, vol. XVIII, 1875.

2. In *Virchow's Archiv.*, t. LXIX, 1877.

Nous venons d'assister à la formation de l'adénome ; à cette heure, cette théorie est admise sans conteste. Les considérations qui précèdent visent donc l'adénome ombilical qui est une tumeur des nouveau-nés et qui apparaît après la ligature du cordon ; or, nous ne l'oublions pas, cette étude doit s'adresser à l'épithélioma qui apparaît à une époque beaucoup plus tardive de l'existence, qui est une tumeur de l'individu adulte.

Mais, il faut se hâter de le dire, la théorie qui vient d'être émise sur la genèse de l'adénome ombilical ne lui est pas exclusivement réservée ; nous sommes fondé à en revendiquer les principaux éléments en faveur de l'épithélioma ; des arguments communs sont applicables à ces deux néoplasies qui se rapprochent par une commune origine ; la constitution histologique et l'époque d'apparition seules diffèrent.

« Le diverticule, au lieu d'être sectionné à son point d'attache à l'intestin et par conséquent d'être compris entièrement dans la cicatrice ombilicale, pourra être sectionné plus ou moins près de son extrémité libre ; il sera alors complètement enclavé dans l'ombilic et ne se traduira nullement à l'extérieur une fois que la cicatrisation devenue complète se sera faite à sa surface et l'aura recouvert. » Le néoplasme est resté à l'état de germination, en puissance, pour ainsi dire, jusqu'à une époque indéterminée où la prolifération cellulaire en a dénoncé la présence.

Par suite de cette anomalie embryologique, un *locus*

minoris resistentiae s'est trouvé créé au niveau de l'ombilic; ce foyer local a fourni un terrain favorable à l'écllosion du néoplasme. Cette conception du néoplasme considéré comme une aberration histogénique a été principalement mise en relief, rajeunie et élargie par Cohnheim. On sait que Cohnheim a essayé de généraliser ce principe étiologique qui s'impose, du reste, d'une façon non douteuse dans quelques cas.

« Cohnheim suppose, dit M. Quénu (1), qu'à une période de la vie embryonnaire il se produit fréquemment des inclusions des feuilletts primitifs et qu'il en résulte une dissémination dans les tissus de masses cellulaires : celles-ci peuvent toute la vie garder leur caractère embryonnaire et demeurer à l'état latent, mais un jour, sous une influence que nous ignorons souvent, ces germes reprennent leur activité et donnent lieu par leur développement hétérochronique et souvent hétérotopique à une tumeur...

« Il est incontestable que dans maintes régions il existe des débris d'organes embryonnaires et que ces débris ont une grande aptitude à devenir le point de départ de tumeurs : il me suffit pour le prouver de rappeler les mémoires de Malassez (*Arch. physiol.*, 1874 et 1888) sur le rôle des débris épithéliaux dans l'origine des tumeurs maxillaires, les mémoires de Tourneux (*J. d'anat.*, t. XXIII) et les différentes et nombreuses publications relatives à la pathogé-

1. In *Traité de chir. de Duplay et Reclus*, t. I.

nie des tumeurs du testicule, de l'ovaire, du parovaire, du vagin, etc... La conception de Cohnheim a été fertile en résultats en permettant d'expliquer l'hétérotopie apparente d'une foule de productions épithéliales; un débris embryonnaire quelconque est un terrain des plus propres à l'éclosion d'une tumeur. »

Plus loin l'auteur que nous venons de citer résume cette théorie sous forme de loi : « Tout changement, dit-il, apporté soit à la situation, soit à la structure normale d'un organe ou d'une portion d'organe y crée une prédisposition au néoplasme.

« Les ectopies se rangent en deux classes, les congénitales et les acquises. Les premières ont surtout de l'importance au point de vue qui nous occupe... leur influence prédisposante est réelle ; les tumeurs du testicule retenu le long de son trajet ont été fréquemment observées. Il m'est permis de rapprocher des ectopies d'organes ce que je pourrais appeler des ectopies de tissus ; tout cordon épithélial à l'état d'inclusion présente la plus grande tendance à l'involution et à la prolifération anormale ; je me borne ici à rappeler comme exemples les épithéliomes térébrants et les productions kystiques des mâchoires dont Mallassez a si bien démontré l'origine aux dépens des germes épithéliaux paradentaires, les épithéliomes ovariens, etc. »

En résumé, des amas de cellules emprisonnées pendant la période embryonnaire au milieu de certains tissus restent plus ou moins longtemps stationnaires, puis tout à coup, à l'occasion de quelque trouble soit local soit géné-

ral (ménopause chez la femme, traumatisme, etc.), le plus souvent sans cause appréciable, ces cellules entrent en activité, se développent, le néoplasme jusque-là² somnolent s'éveille et révèle son existence cachée.

Il ne nous appartient pas de rechercher dans quelle mesure doit être généralisée la théorie de Cohnheim que « Monod et Arthaud n'hésitent pas à décorer du nom de loi » (1) ; nous nous heurterions à un problème de pathologie générale dont la solution controversée divise les auteurs actuels. Quoi qu'il en soit, il est manifeste que cette théorie s'adapte parfaitement au cas que nous étudions en ce moment. Ce n'est pas, pouvons-nous dire, une pure vue de l'esprit, une hypothèse gratuite ; l'embryogénie la fait entrevoir et l'explique ; l'histologie la légitime et la confirme, ainsi que nous allons le voir.

1. Quénu, *loc. cit.*

IV

HISTOLOGIE.

Le résultat détaillé d'un examen histologique qui est inséré plus loin à la suite d'une de nos observations nous dispensera d'entrer dans de longs développements sur la structure intime des épithéliomas dont il s'agit. Nous voulons seulement appeler l'attention sur quelques remarques qui découlent du reste naturellement de nos prémisses.

Les caractères des deux tumeurs observées seront synthétisés ici en une formule abrégée afin de permettre de les embrasser d'un coup d'œil et de saisir plus facilement les analogies.

Dans l'Observation I, M. le professeur Cornil résume par la note suivante le résultat de son examen :

« La tumeur est formée par un épithélioma cylindrique, cet épithélioma est analogue à ceux qui se développent dans les glandes de l'intestin ».

L'Observation II a trait à un épithélioma cylindrique dont M. F. Ducellier a ainsi récapitulé les principaux éléments constitutifs par lui trouvés au microscope :

1° Un stroma fibreux avec réseau élastique très développé.

2° Des tubes pseudo-glandulaires formés par un épithélium cylindrique ressemblant à l'épithélium adulte ou embryonnaire des glandes de Lieberkühn.

3° Des cellules épithéliales infiltrées dans les mailles du stroma, les unes affectant la forme cylindrique, les autres ayant subi des aberrations de forme notables et surtout la dégénérescence muqueuse.

Ces deux observations constatent donc d'une façon assez démonstrative, à notre avis, la présence de quelques éléments intestinaux (glandes de Lieberkühn, cellules caliciformes, etc.), dans les tumeurs soumises à l'examen microscopique. Cette structure spéciale que la clinique ne pouvait faire prévoir trouve son explication naturelle dans l'embryologie qui nous conduit à l'hypothèse très satisfaisante pour l'esprit de l'existence d'un diverticule intestinal dont les débris sont restés silencieux jusqu'à l'époque où l'épithélioma a fait son apparition. Nous ne nous dissimulons pas toutefois que cette conclusion ne s'impose pas d'une manière aussi péremptoire que dans le cas d'adénome; l'identité complète de cette dernière néoplasie et de la paroi intestinale mise en lumière d'abord par Kolaczek (1) et par O. Küstner (2), puis par M. Chan-delux (3) et enfin par MM. Lannelongue et Frémont (4)

1. *Loc. cit.*

2. *Id.*

3. *Arch. physiol.*, 1881.

4. *Arch. gén. méd.*, 1884.

est en dehors de toute contestation: cette « tumeur adénoïde diverticulaire » présente, comme l'intestin, et des glandes tubuleuses et des fibres musculaires lisses, voire parfois des follicules clos (Chandelux), etc. ; la seule différence (explicable du reste par le mode de développement) consiste dans les rapports réciproques des tuniques ; dans l'adénome, la tunique muqueuse occupe la périphérie tandis que la tunique musculaire est au centre, à l'encontre de la disposition qui s'observe dans l'intestin. En somme, cette néoformation répond imparfaitement à l'idée que l'on se fait en général d'un adénome, « sa structure est celle d'une paroi d'intestin, mais d'une paroi modifiée ». Lannelongue et Frémont, *loc. cit.*

Dans l'épithélioma, au contraire, les analogies sont plus éloignées, moins complètes, fondées seulement sur un petit nombre d'éléments et demandent, pour être saisies, à être recherchées plus attentivement ; n'ayant pas à notre disposition de nombreuses observations, force est de nous tenir sur une certaine réserve et d'en appeler à de nouvelles recherches qui, nous l'espérons, confirmeront ces vues premières.

OBSERVATION I (*In Annales de Gynécologie*, 1887).

Hôtel-Dieu. — Service de M. Tillaux.

Epithélioma de l'ombilic, développé aux dépens d'un diverticule intestinal. — Omphalectomie. — Guérison.

Léçon recueillie par M. Barraud, interne du service.

Je veux vous parler d'une malade que vous avez examinée

avant l'opération et que vous pouvez voir maintenant guérie et couchée au n° 22 de la salle Sainte-Marthe.

Cette femme A...D..., auprès de laquelle je vous ai retenus bien souvent, âgée de 40 ans, sans profession, est entrée le 8 février pour une tumeur de l'ombilic.

Nous n'avons constaté chez elle aucun antécédent héréditaire ; sa mère est morte de suites de couches ; son père a succombé à une affection cérébrale ; elle n'a ni frères ni sœurs.

Mariée à 26 ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Dans son enfance elle n'a fait aucune maladie, n'a jamais présenté de troubles digestifs. Il y a sept mois, en sortant d'un bain, elle s'aperçut d'une petite croûte au niveau de l'ombilic qu'elle avait toujours eu bien conformé. Elle la souleva et vit au-dessous une petite tumeur de la grosseur d'une lentille, présentant une coloration rouge vineux, sans ulcération, sans écoulement d'aucun liquide. Peu inquiète, elle resta ainsi pendant deux mois : voyant qu'au lieu de disparaître, le mal augmentait progressivement, elle consulta un médecin qui fit une cautérisation au fer rouge et appliqua par dessus de la poudre d'iodoforme. Rien ne survint pendant quelques jours et la malade se considérait comme guérie, lorsque la tumeur réapparut et prit dès lors un accroissement rapide.

Depuis trois semaines elle s'est ulcérée et, comme le moindre frottement provoque des hémorrhagies, cette femme est venue réclamer nos soins à l'hôpital.

Toute la cicatrice ombilicale était envahie par une tumeur présentant la largeur d'une pièce de dix centimes environ : elle était circulaire, bombée, faisant pour ainsi dire hernie au-dessus des bords de la cicatrice dont elle était séparée par un sillon profond. La coloration était rouge vineux et elle présentait au centre une ulcération en forme de godet offrant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Le fond de l'ulcération était granuleux et donnait écoulement à un liquide puriforme, peu

abondant et sans odeur. Sa consistance était ferme, élastique, ne se laissant pas déprimer par le doigt ; elle était irréductible, indolente spontanément et au toucher. Sa base d'implantation sur l'ombilic occupait toute l'étendue de la cicatrice et elle n'offrait pas de pédicule rétréci ; le moindre traumatisme donnait lieu à un petit écoulement de sang en nappe.

Quand on saïssissait la région péri-ombilicale on sentait qu'elle était indurée dans une étendue comparable à la paume de la main, et il semblait que la tumeur envoyât des prolongements vers la cavité abdominale. Il en résultait une immobilité complète dans le sens vertical de toute la zone ombilicale ; cette immobilité est du reste un fait normal, forcé ; l'ombilic est, en effet, maintenu fixe par des liens rigides, la veine ombilicale en haut, les artères ombilicales et l'ouraque en bas, qui ne lui permettent pas de se mouvoir de haut en bas et *vice versa*. Latéralement on pouvait déplacer la tumeur avec la masse qui la circonscrivait. On ne trouvait d'engorgement ganglionnaire ni dans l'aîne ni dans l'aisselle.

L'état général de la mâlade était excellent ; c'était, comme aujourd'hui, une femme robuste, grasse, et ne présentant aucune lésion organique.

En présence de quelle affection organique étions-nous ? Les tumeurs de l'ombilic qui sont rares chez l'adulte sont encore peu connues.

En faisant appel à nos connaissances de chirurgie générale, nous pouvions penser à un papillome dont la surface se serait ulcérée ; mais vous savez que le papillome ne se présente pas ainsi ; il n'est pas lisse, régulier à sa périphérie ; il est en général constitué par de petits lobules

juxtaposés, séparés les uns des autres par des sillons, ce qui lui donne un aspect tomenteux qui le fait quelquefois comparer à un chou-fleur. Sa marche n'est pas la même ; il augmente par addition de nouveaux lobules, beaucoup plus que par accroissement de ceux qui existent déjà. Je ne vous signale que pour mémoire le myxome dont je ne connais pas d'observation chez l'adulte, à moins qu'on ne fasse entrer dans cette catégorie de tumeurs, le cas communiqué par M. Péan à M. Villar qui l'a publié sous le titre d' « hypertrophie de la cicatrice ombilicale ».

Certes l'aspect extérieur de la tumeur, sa coloration rouge foncé, sa tendance aux hémorrhagies la faisaient beaucoup ressembler aux angiomes ; mais les quelques cas d'angiomes signalés à l'ombilic sont tous d'origine congénitale. Les granulomes qui n'acquièrent jamais un volume aussi considérable se rencontrent dans la première enfance, chez les nouveau-nés et s'accompagnent dans leur évolution de phénomènes assez sérieux (écoulement abondant de sérosité et de pus qui tache le linge en jaune, quelquefois même petites hémorrhagies) pour que les parents s'en aperçoivent et qu'une intervention chirurgicale ait lieu.

Chez notre malade, rien de semblable n'a eu lieu ; elle a toujours eu un ombilic bien conformé et n'a subi aucune opération.

L'adénome de l'ombilic est assez fréquent chez l'adulte ; quand nous étudierons la pathogénie de la tumeur que

nous avons eue sous les yeux, nous en verrons le motif. Il se présente sous la forme d'une tumeur lisse, unie, d'un aspect rouge uniforme, ressemblant, suivant la comparaison de M. Villar, à la muqueuse intestinale dans le prolapsus du rectum. Il a une consistance ferme, élastique, ne s'accompagne d'aucun trouble digestif. Jusque-là, vous le voyez, sa description clinique correspond exactement à celle de notre tumeur; mais, en l'étudiant d'un peu plus près, nous allons vite y voir des différences. Dans l'adénome, en effet, il existe en général un léger enfoncement au centre de la tumeur et il s'écoule de sa surface un liquide visqueux, filant; ici aucun de ces phénomènes. La tumeur n'a jamais donné de liquide, sauf depuis qu'elle est ulcérée; en outre, voyez sa marche: apparue il y a sept mois, elle a été abrasée au thermo-cautère deux mois plus tard; au lieu de disparaître ou du moins de rester stationnaire pendant quelque temps, comme on l'observe d'habitude dans les tumeurs bénignes au nombre desquelles il faut ranger l'adénome, cette tumeur s'est reproduite; elle a grossi rapidement puisqu'en cinq mois elle a acquis la largeur d'une pièce de dix centimes. C'est là un fait important qui nous permet presque d'affirmer que nous étions en présence d'une tumeur maligne quoiqu'il n'y eût pas d'engorgement ganglionnaire.

Dans ce nouvel ordre d'idées auquel nous étions amenés peu à peu par déduction, il nous fallait distinguer trois variétés de tumeurs: le sarcome, l'épithélioma et le carcinome proprement dit.

Le sarcome de l'ombilic est exceptionnel puisque M. Villar n'a pu en trouver qu'un cas unique vérifié par l'examen histologique. C'est le seul motif qui m'a fait repousser cette hypothèse, car je vous avoue que je ne trouvais pas chez notre malade de signes cliniques me permettant de différencier un sarcome et un épithélioma; je vous ferai la même remarque pour ce qui concerne le carcinome primitif qui est au niveau de l'ombilic une rareté pathologique.

Je m'étais donc arrêté, en procédant par élimination, à l'idée d'un épithélioma. La suite est venue justifier mon diagnostic ainsi que le prouve cette note que j'ai reçue de M. le professeur Cornil.

« La tumeur est constituée par un épithélioma cylindrique ; cet épithélioma est analogue à ceux qui se développent primitivement dans les glandes de l'intestin. »

J'ai tenu à vous donner le résultat de l'examen histologique car il offre pour nous un intérêt capital; il nous permet d'approfondir la pathogénie de cette tumeur, de la prendre à son début, de la suivre dans les différentes phases de son développement. Cette étude que je vais essayer de faire devant vous nécessite la connaissance de quelques données embryologiques que je désire vous rappeler brièvement.

(Ici M. Tillaux donne une esquisse rapide de la pathogénie du néoplasme telle qu'il l'entend et telle que nous l'avons comprise après lui dans ce travail. Pour éviter des

répétitions inutiles, nous croyons devoir supprimer ici quelques parties de ce passage)

.

. Primitivement l'intestin n'est pas contenu dans la cavité de l'abdomen; il y rentre peu à peu à l'état normal et sa dernière étape d'évolution est au niveau de la cicatrice ombilicale où l'on rencontre quelquefois à la naissance une anse plus ou moins volumineuse d'intestin faisant partie du cordon.

Vous comprenez très bien que si une ligature intempestive est portée sur le cordon dans ces conditions, il en résultera un pincement partiel ou total de l'intestin à ce niveau et la formation d'une fistule ombilicale. Supposez maintenant qu'au lieu de la paroi même de l'anse intestinale, ce soit simplement un diverticule qui ait été compris dans la ligature, vous n'observerez aucun accident immédiat attendu que la continuité du calibre de l'intestin sera conservée, mais il se fera, après la chute du cordon, une petite tumeur constituée par ce diverticule.

C'est précisément cette petite tumeur développée aux dépens d'un diverticule intestinal qui a été désignée sous le nom d'adénome de l'ombilic. Sa pathogénie a été démontrée par Kolaczek et par Küstner; MM. Chandelux et Lannelongue ont surtout étudié son anatomie pathologique; ils ont mis en lumière l'identité de structure de l'adénome et de la paroi intestinale; la seule différence consiste dans les rapports réciproques des tuniques; la tuni-

que muqueuse occupe la périphérie tandis que la tunique musculaire est au centre.

Je n'insiste pas sur quelques modifications histologiques dues à l'inflammation dans l'adénome et malgré lesquelles vous rencontrerez toujours des glandes en tube et des fibres musculaires lisses. Il me suffit de vous avoir montré pourquoi on peut rencontrer au niveau de l'ombilic les éléments caractéristiques de la paroi intestinale. Ces éléments forment par leur agglomération les adénomes que M. Lannelongue a encore désignés sous le nom de « tumeurs adénoïdes diverticulaires » pour rappeler leur origine. Mais ces adénomes eux-mêmes peuvent subir des transformations ; ils sont, avons-nous dit, pourvus de glandes.

Vous voyez dès lors bien nettement la justification de la note de M. Cornil lorsqu'il nous écrit : c'est un épithélioma cylindrique analogue à ceux qui se développent dans les glandes de l'intestin. Non seulement, il est analogue, pourrions-nous ajouter, mais il est identique puisque ce sont des glandes intestinales qui constituent la tumeur. L'enchaînement devient actuellement bien simple. Cette femme a été atteinte d'un adénome diverticulaire de l'intestin qui est resté pendant longtemps stationnaire et qui, un beau jour, sous l'influence d'une cause méconnue, a été envahi par la dégénérescence épithéliomateuse.

Voilà quel est, à mon avis, le mode de développement de cette tumeur qui offre le plus grand intérêt puisque je

la crois unique dans la science, si du moins je m'en rapporte à la consciencieuse monographie de M. Villar qui n'en cite aucun exemple. Ne confondez pas, en effet, ce cas avec ceux que rapporte l'auteur et où il s'agit soit d'épithélioma de l'ombilic secondaire à une lésion intestinale, soit d'épithélioma primitif mais développé aux dépens de la peau de la cicatrice ombilicale et donnant naissance à un épithélioma pavimenteux.

Cette interprétation personnelle sur la pathogénie de notre tumeur est, je le sais, passible d'une objection assez sérieuse. Comment, me dira-t-on, vous admettez la dégénérescence épithéliomateuse d'une tumeur congénitale dont le porteur ne s'est jamais aperçu ; cette femme a aujourd'hui 40 ans et déclare que toute sa vie elle a eu l'ombilic bien conformé !

Reportez-vous à la description classique de l'adénome ombilical ; cette tumeur apparaît peu à peu et n'est observée que tardivement chez l'enfant, vers trois mois nous dit Küstner. Vous savez le peu de soins que mettent les parents dans la classe pauvre à la propreté de leurs enfants ; leur attention est attirée seulement lors de la chute du cordon, car ils savent que quelques accidents sont à craindre à cette époque. Une fois que le cordon est tombé et qu'ils n'y ont rien observé d'anormal, ils ne s'en préoccupent plus et l'enfant est livré à lui-même.

Songez en outre au peu de volume que présentent ces adénomes : ils ressemblent à un bouton de granulation (Fischer) à un petit pois (Küstner). Supposez cette tumeur

au milieu de plis cicatriciels comme ceux de l'ombilic, dans un endroit qui n'est pas l'objet d'une toilette journalière et qui, par sa situation même, devient à une certaine époque de la vie d'un examen difficile et vous comprendrez très bien qu'elle ait pu passer inaperçue chez notre malade.

J'ajouterai que ces diverticules, au lieu d'être sectionnés à leur point d'attache avec l'intestin, auquel cas ils font une saillie appréciable pour un œil exercé, peuvent être sectionnés plus ou moins près de leur extrémité libre ; ce n'est plus alors le diverticule tout entier, mais une portion seulement aux dépens de laquelle se formera l'adénome ; dans ce cas la petite tumeur sera complètement enclavée dans l'ombilic et ne se traduira nullement à l'extérieur, une fois que la cicatrisation, devenue complète, se sera faite à sa surface et l'aura recouverte.

C'est là très vraisemblablement ce qui s'est produit chez notre malade ; elle a eu une portion de diverticule qui, au moment de la fermeture de l'ombilic, s'y est trouvée incluse et c'est dans cet organe normal pour l'économie, mais étranger pour la région, que s'est développé l'épithélioma. Il n'en est pas résulté une communication avec l'intestin parce que, avant de s'en détacher, le diverticule était oblitéré, sans quoi on aurait constaté une fistule ombilicale.

J'ai insisté avec complaisance sur la pathogénie parce qu'elle m'a paru extrêmement instructive ; mais je ne veux point sacrifier la partie thérapeutique.

On est à bon droit embarrassé sur la conduite à tenir en présence d'une semblable affection. Une opération palliative était-elle justifiée ?

Pouvait-on se contenter d'exciser une portion de la tumeur, de l'attaquer par les caustiques ou le fer rouge ? Tel n'est pas mon avis. En agissant de la sorte, notre diagnostic de tumeur maligne étant ferme, nous ne faisons que nuire à notre malade ; le mal aurait récidivé fatalement sur place...

D'un autre côté, nous avons constaté que toute l'épaisseur de la cicatrice ombilicale était prise, que peut-être le mal envoyait des prolongements profonds vers l'épiploon dont l'intégrité ne nous était pas démontrée. Cette crainte compliquait singulièrement le mode opératoire puisqu'elle nous obligeait à ouvrir la cavité abdominale. Je n'ai pas hésité cependant à tenter l'opération parce que la maladie était curable, parce que, si l'on n'était pas intervenu, cette femme était condamnée à plus ou moins brève échéance, parce que nous disposons à l'heure actuelle de moyens suffisants pour obtenir la guérison de pareils traumatismes.

..... L'opération a été faite dans la salle réservée aux ovariectomies ; elle a consisté à circonscrire l'ombilic au moyen de deux incisions curvilignes se rejoignant en haut et en bas par leurs extrémités, à enlever toute la portion de la paroi comprise entre ces deux lignes ; nous avons fait une véritable omphalectomie. Bien nous en a pris, car en sectionnant ensuite la tumeur, nous avons

vu que non seulement elle avait envahi l'ombilic, mais encore qu'elle envoyait des racines tout autour d'elle dans la zone péri-ombilicale ; n'oubliez pas cette particularité car elle devra guider votre conduite si vous vous trouvez jamais en présence d'un cas analogue ; avec une opération timide qui ne comprendrait que l'étendue de la tumeur sans empiéter largement sur les tissus voisins, vous vous exposeriez à une récurrence certaine, sans compter que votre opération serait aussi grave que la nôtre.

Arrivés dans le ventre, nous avons vu que l'épiploon était sain, qu'il n'existait pas d'adhérences, il nous a donc suffi de suturer les deux lèvres de la plaie au moyen de forts fils d'argent et de faire ensuite quelques sutures superficielles avec le crin de Florence pour obtenir un affrontement plus parfait.

Les suites opératoires ont été favorables ainsi que vous avez pu vous en assurer et, malgré un fil d'argent dont l'asepsie n'était pas parfaite et qui a provoqué un petit phlegmon circonscrit suivi d'abcès, la cicatrisation s'est bien effectuée et la malade va partir guérie.

OBSERVATION II (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur Tillaux, à l'Hôtel-Dieu.

C... Adolphe, âgé de 64 ans, répétiteur, entre le 5 juin 1891 dans le service de M. le professeur Tillaux à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Rien d'anormal ni du côté maternel, ni du côté paternel ; au contraire, le malade, autant que ses souvenirs lui permettent de préciser, croit que ses parents jouissaient d'une santé exceptionnellement bonne ; sa mère qui était douée, dit-il, d'une constitution robuste, serait morte à l'âge de 89 ans.

En ligne collatérale renseignements également négatifs.

Antécédents personnels et familiaux. — C... déclare être lui-même d'une bonne santé habituelle ; il se souvient seulement que vers l'âge de 30 ans il a eu une inflammation intestinale ? Il aurait contracté également les fièvres intermittentes quelques années plus tard.

Le malade a quatre enfants actuellement vivants, mais dont la santé laisse à désirer pour trois d'entre eux : ainsi l'aîné serait d'une complexion malade ; le second aurait été frappé jadis d'une maladie de la moelle épinière, qui est maintenant guérie ; le troisième serait atteint d'une affection diagnostiquée par M. Charcot : « *pachyméningite cervicale hypertrophique* » et est soumis en ce moment à un traitement.

Antécédents locaux. — Le malade fait remonter à deux mois environ le début de son affection qui d'abord évolua insidieusement ; à cette époque il remarqua au niveau de la cicatrice ombilicale l'apparition d'une excroissance charnue à peu près indolente ; jamais auparavant il n'avait constaté rien d'anormal dans cette région ; il n'invoque aucun traumatisme pour expliquer la production de la tumeur ; l'excroissance, quand elle fut remarquée pour la première fois, présentait les dimensions d'un « petit pois » ; au bout de 45 jours, la tumeur commença à s'exulcérer légèrement ; il se forma des croûtes brunâtres qui, grattées par le malade, tombaient et laissaient à leur place une surface excoriée. Un médecin fut consulté, qui d'abord, paraît-il, aurait cru à un eczéma. Puis, son premier diagnostic s'étant modifié, des appli-

cations locales de chlorate de potasse furent prescrites. Mais l'ulcération continua toujours de faire des progrès en dépit de cette médication ; c'est pourquoi le malade se présente à la consultation de M. Tillaux, qui l'admet à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — Le mamelon que forme à l'état normal la cicatrice ombilicale est complètement effacé, il est remplacé par une ulcération très peu excavée, d'où un écoulement sanguinolent suinte par intervalles à l'occasion de quelque grattage ou de quelque trauma insignifiant. L'ulcération est recouverte à sa superficie d'une croûte noirâtre et entourée d'une auréole inflammatoire de quelques millimètres de diamètre ; la peau avoisinante est normale, non tuméfiée.

La palpation fait percevoir un anneau d'induration de nature suspecte qui entoure l'ombilic et qui donne aux doigts la sensation d'un anneau de caoutchouc tendu ; la zone indurée présente approximativement les dimensions d'une pièce de 5 francs et une épaisseur d'un centimètre ; la partie ulcérée adhère à la face superficielle de cet anneau. Si l'on tente d'imprimer des mouvements à la tumeur, voici ce que l'on observe : cette tumeur paraît immobilisée dans le sens vertical, mais les mouvements latéraux sont possibles dans une certaine étendue. (M. le professeur Tillaux est, croyons-nous, le premier auteur qui ait attiré l'attention sur les conclusions que l'on doit tirer de ce fait. Il a fait observer, en effet, qu'il ne suffisait pas d'explorer la mobilité dans le sens vertical, mais qu'il fallait aussi la rechercher transversalement ; de ce que la tumeur serait fixée dans le sens vertical, il serait prématuré de conclure à une adhérence aux parties profondes, car cette immobilité est due à une cause d'ordre anatomique : l'ombilic étant fixé par la veine ombilicale qui s'insère en haut d'une part, par les cordons les artères ombilicales et l'ouraque qui s'insèrent en bas d'autre part ; il ne faut donc pas négliger l'exploration latérale).

L'examen au stylet ne permet de découvrir ni excavation ni trajet fistuleux.

Pas de retentissement ganglionnaire ni dans l'aîne ni dans l'aisselle.

Les troubles physiologiques sont les suivants : le malade éprouve au niveau de la tumeur une sensation de cuisson, de prurit provoquant le grattage; la douleur est continue avec exacerbations suffisantes parfois pour troubler le sommeil; la palpation n'est pas sensiblement douloureuse, à moins que les doigts n'exercent des tiraillements un peu forts. Depuis quelques semaines, C. aurait des alternatives de diarrhée et de constipation, mais pas d'hématémèse ni de mélœna, pas d'œdème des membres inférieurs; il n'y a pas d'anorexie, l'état général est resté bon, il faut signaler néanmoins un amaigrissement notable survenu dans ces derniers temps.

L'exploration attentive des divers organes abdominaux et thoraciques ne fournit aucun autre renseignement pathologique.

M. le professeur Tillaux formule le diagnostic :

Epithélioma primitif de l'ombilic, et conclut à une intervention chirurgicale.

Opération. — Lundi 8 juin. — Omphalectomie.

Pour cette opération on a isolé le malade dans la salle spéciale réservée aux ovariectomies.

Asepsie rigoureuse préalable de l'ombilic et de la paroi abdominale.

Incision elliptique périombilicale, à grand axe vertical, dépassant largement les limites du mal, s'étendant à 4 centimètres au-dessus et au-dessous de l'ombilic et à 2 centimètres latéralement.

Après avoir incisé la peau, M. Tillaux sectionne au bistouri successivement les différents plans de la paroi suivant une incision semi-lunaire faite à gauche de l'ombilic; il pratique une bouton-

nière au péritoine, en complète la section sur son doigt et constate l'intégrité de la séreuse à la face profonde qui est libre de toute adhérence avec l'épiploon ou l'intestin.

Saisissant ensuite la tumeur de la main gauche, il achève, à l'aide de ciseaux, l'incision semi-lunaire droite et enlève ainsi une pièce qui est de forme elliptique ou plutôt losangique.

Après avoir constaté l'intégrité des tissus restés dans la paroi et assuré l'hémostase, M. Tillaux procède à la fermeture de cette paroi comme dans une laparotomie ordinaire en comprenant les différents plans dans une seule rangée de sutures à la soie plate (n° 4). La réunion est complétée par l'interposition de quelques points de suture superficiels au crin de Florence.

Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée. Épaisse couche d'ouate hydrophile et de coton ordinaire et bandage de corps en flanelle fortement serré.

Lundi soir, T. 37°, 4. Malgré le chloroforme, il n'y a pas eu de vomissements. Deux injections de morphine dans la journée : l'une deux heures après l'opération, l'autre le soir. Champagne.

Mardi m. T. 37°, 2. Le malade se plaint d'avoir un peu souffert, mais il se trouve mieux maintenant et réclame des aliments ; il demande même à se lever, ce qui, il va sans dire, lui est refusé. Bouillon, champagne, limonade, eau de seltz...

Mardi s. T. 38°, 1.

Mercredi m. T. 37°, 4. s. 38°. Même état.

Jeudi m. T. 37°. Teinte subictérique des conjonctives et des téguments. Embarras gastrique. Hoquet. Vomissements bilieux. Un peu de prostration et courbature. Un purgatif salin administré est rejeté par le vomissement. Emissions de gaz à la suite d'un lavement.

Jeudi s. T. 37°, 1. Agitation et subdélire nocturnes.

Vendredi m. T. 37°, 3. Le facies reste agité, le malade se sent très fatigué.

Vendredi s. T. 39°, 2. Vers le soir le délire reparaît, puis succède le coma.

Samedi m. T. 36°, 2. L'état comateux persiste. Mort à 11 h. dans la matinée.

Autopsie. — Une autopsie complète n'a pas eu lieu.

L'examen de la suture abdominale montre que celle-ci était en voie régulière de cicatrisation ; aucun indice de septicité.

Il n'y a absolument pas trace de péritonite, comme, du reste, on l'avait prévu *ante mortem*.

L'estomac, l'intestin paraissent sains.

Le foie présente une coloration feuille morte, assez uniforme, sans marbrures ; son parenchyme est mou, sans cohésion, presque diffus ; la déchirure ne présente pas les granulations que l'on observe à l'état normal, et sur une section de l'organe on ne retrouve pas l'aspect lobulé ; la pression fait suinter des gouttelettes grasses.

La vésicule biliaire est d'aspect normal.

La rate est tuméfiée, ramollie, hypertrophiée ; poids = 320 grammes.

Les reins sont gros, turgides ; la capsule se laisse détacher facilement ; la surface de l'organe est rouge, parsemée d'étoiles de Verheyen très dessinées ; les capillaires et les veines sont gorgés de sang. A la coupe les deux substances sont d'un rouge foncé surtout la substance médullaire ; le tissu rénal est légèrement induré.

Examen de la tumeur opérée. — I. E. macroscopique. — A l'œil nu, avant de pratiquer aucune section, on constate que la face interne de la pièce enlevée est représentée par le péritoine qui apparaît avec ses caractères absolument normaux. C'est cette face péritonéale que l'on aperçoit sur notre dessin. En essayant de plisser cette séreuse avec les doigts, on observe que sa



D'après un croquis dû à l'obligeance de M. Ancelet, externe du service.

face profonde adhère intimement aux tissus sous-jacents (cette adhérence existe d'ailleurs à l'état normal). Au centre existe une dépression circulaire qui correspond à la cicatrice ombilicale ; à ce niveau l'adhérence est encore plus prononcée qu'à la périphérie.

Isolée, la tumeur forme un disque à peu près circulaire, ayant 20 millimètres de longueur (dans le sens qui correspond à la ligne verticale de l'abdomen), 18 millimètres de largeur et une épaisseur de 10 millimètres.

Sa coloration homogène dans toute son étendue est d'un gris rougeâtre.

Le raclage donne un suc peu abondant.

La tumeur sectionnée perpendiculairement à son plan superficiel présente une surface de section limitée d'un côté par le revêtement cutané, sur le côté opposé par le péritoine doublé d'une mince couche de tissu cellulo-adipeux et sur les parties latérales par des lobules adipeux. Elle n'est pas encapsulée mais adhère aux parties voisines et fait corps avec elles. Cependant ses limites sont assez bien indiquées, car on peut voir que sur les côtés le tissu cellulo-adipeux s'arrête nettement; il en est de même au niveau de la face péritonéale; du côté de la face cutanée on ne voit pas de derme distinct et celui-ci se confond avec le tissu néoplasique.

La couche épidermique forme, sur la coupe, une ligne régulièrement étalée et d'apparence normale au niveau de ses extrémités; mais elle change de caractères sur le tiers moyen de cette ligne; elle se déprime de façon à constituer un court enfoncement à sommet dirigé vers l'intérieur de la tumeur. À ce niveau, les saillies papillaires sont irrégulières, comme érodées et de couleur brunâtre.

II. — *E. microscopique*. — (Cet examen a été fait au Laboratoire de M. le professeur Cornil par M. Ducellier qui, avec une complaisance et un empressement dont nous lui exprimons ici nos plus vifs remerciements, a mis à notre disposition sa science de l'histologie pathologique).

Des coupes fines comprenant toute l'épaisseur de la tumeur, colorées par le picro-carmin et pratiquées sur la pièce durcie par l'alcool sont examinées d'abord avec un faible grossissement (oculaire 1, objectifs 1 et 3 de Leitz).

En allant de la surface de la tumeur vers la profondeur, on constate tout d'abord que la surface est formée par le revêtement épidermique de la peau : couche cornée, *stratum granulosum* et couche de Malpighi. Cette couche épidermique montre déjà, à ce grossissement, des lésions très prononcées; sa couche cornée est

réduite à une mince lame colorée en jaune. Au niveau et sur les bords de la dépression de la couche épidermique on voit, au sein du corps muqueux de Malpighi et envahissant les autres parties de l'épiderme, des cavités irrégulières à contenu granuleux, traversées par des cloisons et donnant à ces parties un aspect aréolaire. Au-dessous de la couche de Malpighi les papilles dermiques sont hypertrophiées et irrégulières. Dans l'intérieur de ces papilles, parfois même à leur sommet, on distingue une ou plusieurs cavités plus ou moins régulières, mais généralement allongées dans le sens des papilles et occupant souvent près de la moitié de leur longueur. Au-dessous des papilles commence un tissu formé d'un stroma fibreux dans lequel on remarque : 1) de nombreuses cavités analogues à celles des papilles ; les unes sont régulières, arrondies, très rapprochées les unes des autres et disposées par groupes ; les autres sont plus irrégulières, anfractueuses et disséminées dans toute l'étendue de la coupe ; 2) des amas cellulaires situés entre les fibres du stroma ; enfin : 3) des sections de vaisseaux

Examinés avec de plus forts grossissements [oculaires, I, III, objectifs 5, 7 (Leitz)] et sur des coupes colorées par différents procédés (hématoxyline, safranine, carmin de Orth, etc.), ces différentes parties (stroma, cavités, amas cellulaires et couche superficielle) montrent la structure suivante :

Le stroma est constitué :

1° Par des fibres conjonctives volumineuses venant de la face profonde et divergeant.

2° Par des faisceaux de fibres et de fibrilles s'entrecroisant dans toutes les directions.

3° Par des cellules plates de tissu conjonctif appliquées contre les fibres.

4° Enfin par des fibres élastiques très nombreuses anastomosées de façon à former un réseau à mailles serrées.

Ce stroma est beaucoup moins abondant qu'il ne le paraissait

avec un faible grossissement; en effet, avec le grossissement actuel, on distingue une grande quantité d'éléments cellulaires infiltrés entre les fibres.

Immédiatement au-dessous des papilles, le stroma est formé par de très fines fibres conjonctives et par de nombreuses petites cellules rondes.

Les papilles sont plus volumineuses qu'à l'état normal; les mailles qui les constituent contiennent un assez grand nombre de petites cellules lymphatiques.

Les cavités caractéristiques de la tumeur et qui existent soit dans l'intérieur des papilles, soit disséminées irrégulièrement dans la tumeur, se présentent sous des aspects différents; les unes ont absolument l'aspect d'un tube ou d'un amas glandulaire coupé transversalement; les autres sont allongées, irrégulières; d'autres enfin apparaissent sous forme de fentes plus ou moins étroites.

Toutes ces cavités sont tapissées par des cellules nettement épithéliales. Ces formations paraissent correspondre à des tubes épithéliaux sectionnés dans différentes directions soit transversalement, soit plus ou moins obliquement et dont les cavités représentent la lumière. Les cellules qui tapissent ces cavités appartiennent toutes au type cylindrique, mais leurs caractères diffèrent néanmoins, soit qu'on les considère dans la même cavité, soit qu'on les compare entre elles dans les diverses cavités.

Dans les unes, les plus caractéristiques, ce sont de grandes cellules allongées, serrées les unes contre les autres; leur forme est nettement cylindrique et leurs caractères morphologiques les rendent en tout semblables aux cellules cylindriques des glandes de Lieberkühn. Leur base est un peu plus large que leur extrémité libre; elle est directement implantée sur le stroma fibreux et il n'y a entre elles et ce stroma aucune trace de membrane propre, comme cela existe dans les glandes de l'intestin, par exemple. La partie des cellules qui est appliquée sur le stroma est colorée for-

tement en rouge par le picro-carmin, tandis que le reste du protoplasma prend une teinte jaunâtre ou même reste absolument transparent avec de fines granulations très réfringentes. Ces cellules possèdent un gros noyau plus rapproché de la base de la cellule que de son sommet. La forme de ce noyau est ovale, à grand axe dirigé dans le sens de la longueur de la cellule. Dans le sens transversal le noyau atteint presque les bords latéraux de l'élément cellulaire et n'en est séparé que par une très mince lame de protoplasma. Le noyau est coloré en rouge intense par le picro-carmin. On remarque dans son intérieur soit un, soit plusieurs nucléoles généralement très petits, mais très apparents, surtout sur les coupes colorées à l'hématoxyline.

Plusieurs des tubes épithéliaux ne renferment qu'une seule variété de cellules, celles qui viennent d'être décrites, mais le plus souvent on peut distinguer à côté des cellules cylindriques d'autres éléments, tels que cellules caliciformes ou muqueuses.

Ces dernières se présentent tantôt sous forme de corps arrondis, globuleux, à contenu clair ; elles sont alors plus courtes que les cellules cylindriques ; tantôt, au contraire, elles ont une forme en massue, c'est-à-dire qu'elles possèdent une sorte de pied insinué entre deux cellules cylindriques et dans lequel se trouve un noyau et une partie renflée, claire, faisant saillie du côté de la lumière du tube. Souvent aussi ce sont des cellules à protoplasma granuleux contenant dans leur intérieur à côté du noyau une boule claire.

A part les cavités tapissées par les éléments qui viennent d'être décrits : cellules épithéliales cylindriques et cellules muqueuses, on en rencontre d'autres, disséminées dans la tumeur, dans lesquelles les cellules, tout en rappelant le type cylindrique, sont moins hautes, cubiques ou arrondies, ressemblant à des éléments plus embryonnaires.

Toutes ces cavités ne possèdent en général qu'une seule ran-

gée de cellules ; cependant, dans quelques-unes, il existe au-dessous de la première rangée une deuxième couche formée par des cellules plus petites, globuleuses. Quant au contenu des cavités, il manque parfois sur la coupe ; d'autres fois il est formé de fines granulations et de débris de cellules épithéliales. Dans toute l'étendue de la tumeur, dans les espaces qui séparent les cavités tubulaires, on voit infiltrées entre les faisceaux conjonctifs des cellules épithéliales, soit échelonnées les unes à la suite des autres en forme de colonne dans un espace du stroma, soit disposées en deux rangées appliquées chacune sur un côté d'un intervalle fasciculaire et laissant entre leurs extrémités centrales un espace vide en forme de fente allongée. Dans certains points le stroma forme de véritables alvéoles comparables à ceux du carcinome et remplis de cellules appartenant aux formes embryonnaires décrites plus haut.

Les altérations de la couche épidermique observées avec des grossissements suffisants (oculaire I, III, objectif 7 de Leitz) présentent les caractères suivants :

Les cavités que l'on voyait déjà à un faible grossissement se développent dans la couche de Malpighi. Au point où l'une d'elles va se former, les cellules épidermiques prennent un aspect mat, leur noyau devient difficilement reconnaissable ou invisible et leurs contours paraissent se fusionner. Il en résulte la formation de petites masses plus ou moins arrondies d'aspect homogène qui deviennent ensuite finement granuleuses et contenues dans une sorte de cavité limitée par les cellules épidermiques non dégénérées. Quelques-unes des cellules qui composaient la masse devenue granuleuse persistent dans la cavité et s'étendent d'un de ses bords à l'autre, lui donnant un aspect cloisonné.

Ces lésions de l'épiderme ne sont pas limitées à la couche de Malpighi ; la couche cornée est amincie et le *stratum granulosum* est détruit au niveau des cavités sous-jacentes.

Sur des coupes de la tumeur comprenant les parties qui lui sont contiguës on voit que celles-ci, qui paraissent saines à l'œil nu et à un faible grossissement, ne le sont pas en réalité. En effet, le tissu cellulo-adipeux contient quelques cavités à épithélium cylindrique et il est envahi par des cellules épithéliales soit isolées, soit par petits groupes, qui s'infiltrant dans les espaces conjonctifs. Le péritoine n'est pas altéré.

En résumé il s'agit d'une tumeur :

I. — Développée dans la cicatrice ombilicale.

II. — Recouverte par la peau ayant subi des altérations particulières.

III. — Constituée par :

1° Un stroma fibreux avec réseau élastique très développé.

2° Des tubes pseudo-glandulaires formés par un épithélium cylindrique ressemblant à l'épithélium adulte ou embryonnaire des glandes de Lieberkühn.

3° Des cellules épithéliales infiltrées dans les mailles du stroma, les unes affectant la forme cylindrique, les autres ayant subi des altérations de forme notables et surtout la dégénérescence muqueuse.

IV. — Ayant tendance à envahir les tissus voisins.

Ces caractères positifs font de cette tumeur un épithélioma à cellules cylindriques.

D'autres caractères négatifs l'éloignent de l'adénome en général et en particulier de l'adénome de l'ombilic décrit par Küstner chez les enfants (*Arch. de Virchow*, LXIX).

En effet, dans la tumeur qui vient d'être étudiée :

1° Aucune des cavités ne reproduit le caractère complet d'une glande.

2° Elles n'ont jamais de parois propres et les cellules cylindriques s'implantent directement sur le stroma.

3° Il n'existe pas dans ce dernier de fibres musculaires lisses.

CONCLUSIONS.

1. Parmi les épithéliomas de l'ombilic, les uns n'empruntent à ce siège anatomique aucun caractère particulier au point de vue de leur origine et de leur constitution histologique, tels sont les épithéliomas pavimenteux développés aux dépens de la cicatrice ombilicale, tels sont aussi les épithéliomas propagés de l'intestin, de l'épiploon ou du péritoine, etc.

2. Les autres, étudiés également au point de vue de leur pathogénie et de leur histologie, doivent former une variété tout à fait à part.

Leur genèse peut être rapprochée de celle des tumeurs adénoïdes diverticulaires (Lannelongue) dont ils diffèrent et par la structure et par leur époque d'apparition.

Les adénomes (appellation défectueuse) présentent la structure complète d'une paroi intestinale inversée (couche épithéliale périphérique, couche conjonctive intermédiaire, couche centrale de fibres musculaires lisses, glandes tubuleuses de Lieberkühn, parfois follicules clos, etc.) On rencontre également dans les épithéliomas que nous avons étudiés quelques éléments rappelant ceux qui entrent dans la constitution de l'intestin : cellules caliciformes, glandes de Lieberkühn, etc.

Les premiers apparaissent après la chute du cordon, les seconds à une période avancée de la vie.

3. L'embryologie et l'histologie autorisent et amènent à penser que ces épithéliomas ont eu leur point de départ dans les débris d'un diverticule intestinal emprisonné dans l'ombilic au moment de la fermeture de l'anneau et que les éléments hétérotopiques de ce diverticule, restés pendant un certain nombre d'années à l'état latent, ont proliféré à une époque plus ou moins tardive et donné lieu au néoplasme épithélial.

Vu par le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu par le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Attimont (A.).** — Remarques sur le cancer de l'ombilic. *Gaz. méd. de Nantes*, 1888.
- Bérard.** — Art. Ombilic, t. XXII du *Dict. de méd.* en 30 vol.
- Blum.** — Tumeurs de l'ombilic. *Arch. gén. de méd.*, 1876, vol. II, p. 151.
- Boyer (A.).** — *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 127, 1849.
- Catteau.** — De l'ombilic et de ses modifications, th. Paris, 1876.
- Celse.** — Des affections de l'ombilic. *De re medicâ*, lib. VII.
- Civadier.** — Cancer de l'ombilic. *Journ. de méd. et de pharm.* de Bruxelles, t. IV, p. 374.
- Codet de Boisse.** — Tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. Th. Paris, 1883.
- Déjerine.** — *Bull. Soc. anat.* Séance du 22 juin 1888, p. 649.
- Demarquay.** — Epithélioma. *Un. méd.*, 1870, t. X. *Bull. Soc. chir.*, 1870. Séance du 8 juin.
- Desprès.** — Cancer de l'ombilic. *Soc. chir.*, 1883. Séance du 21 mars.
- Duplay.** — Tumeurs de l'ombilic. *Path. ext.*, t. V, 1878.
- Fabrice de Hilden.** — *Observationes chirurgicæ cent.*, V, obs. LXII.
- Gross, Rohmer et Vautrin.** — *Path. chir.*, t. II, p. 586, 1891.
- Heurtaux.** — Epithélioma de l'ombilic. *Gaz. méd. de Nantes*, 1885-86.
- Hirst (B. C.).** — Omphalectomy. *Univ. M. Mag. Philad.*, 1888-89.

- Holt (E. L.).** — Umbilical tumour in an infant formed by prolapse of the intestinal mucous membrane of Meckel's diverticulum Med. Record, New-York, 1888.
- Küster (E.).** — Néoplasmes de l'ombilic. Arch. f. Klin. chir., 1874.
- Nélaton.** — Path. chir., t. IV, p. 525, 1857.
- Neveu (V.).** — Etude des tumeurs malignes secondaires de l'ombilic. Th. Paris, 1890, n° 50.
- Nichise.** — Art. Ombilic du Dict. encycl. des sc. méd., 1881.
- Parker (W.).** — Excision de l'ombilic pour une affection maligne. Arch. of. clinic. surg. New-York, août 1874.
- Péan.** — Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin.
- Poulet et Bousquet.** — Path. ext., t. III, 1885.
- Tillaux (P.).** — Annales de Gynécologie, 15 juin 1887. — Chirurgie clinique, t. II, p. 102, 1890.
- Tourneux.** — Sur la présence de cellules épithéliales ciliées dans une tumeur de l'ombilic. Comptes-rendus. Soc. biol., 1889.
- Villar (F.).** — Tumeurs de l'ombilic, th. Paris, 1886. — Gazette des Hôpitaux, 15 mars 1890. — Communic. à la Soc. d'Anat. et Physiol. Bordeaux, in J. de méd. de Bordeaux, 1891.
- Vvedenski.** — Cancer de l'ombilic. Med. Obozr. Mosk., 1885.
- Waldeyer.** — Volkmann, Sammlung klin. vorträge, n° 33, chir., p. 163.

Embryologie.

- Beaunis et Bouchard.** — Anat. descript.
- Cazin.** — Diverticules de l'intestin, th. Paris, 1862.
- Debierre.** — Embryologie.

Demon. — Développement de l'intestin, th. agrég. Paris, 1883.

Duval (M.). — Manuel de physiologie. — Atlas d'Embryologie.

Foster et Ballour. — Embryologie, traduct.

Sappey. — Anat. descript., t. IV.

Tarnier et Chantreuil. — Accouchements, t. I.

